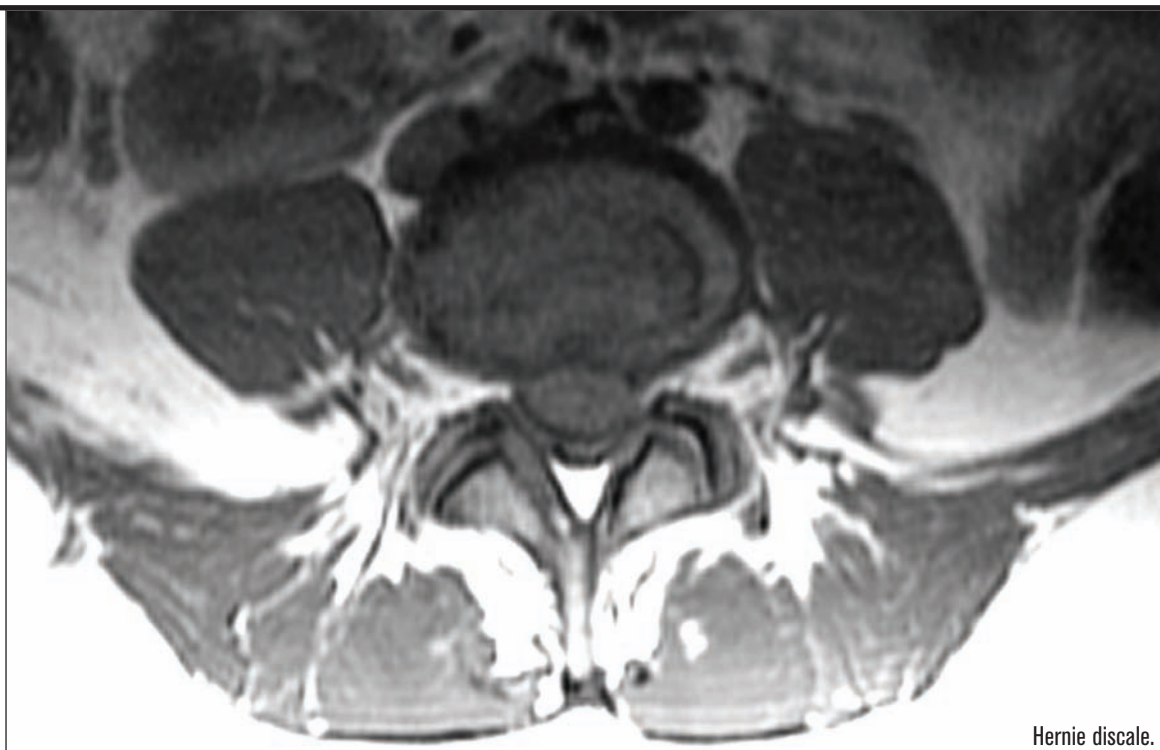


LOMBORADICULALGIE DES MEMBRES INFÉRIEURS

DOSSIER RÉALISÉ
SELON LES CONSEILS
DU D^r GÉRALD
RAJZBAUM

Service de
rhumatologie,
groupe hospitalier
Paris-Saint-Joseph,
Paris, France.
grajzbaum@hpsj.fr



Hernie discale.

© BSHF

Les lomboradiculalgies des membres inférieurs sont un motif de consultation quotidien. Les formes communes regroupent les douleurs d'origine discale ou arthrosique, avec des composantes plus ou moins intriquées. Les progrès de l'imagerie ont considérablement simplifié la démarche diagnostique, mais une bonne interprétation des images suppose une analyse clinique rigoureuse préalable. Malgré tout, il reste des cas difficiles cliniquement et sur le plan de l'imagerie ; la concordance radio-clinique est essentielle, et toute discordance manifeste doit attirer l'attention du médecin. Le mécanisme du conflit discoradiculaire conduisant à une radiculalgie est probablement multifactoriel, où s'associent compression et traction de la racine, et une agression chimique résultant de la libération de cytokines pro-inflammatoires au contact de la hernie discale.

Gérald Rajzbaum

LOMBORADICULALGIE DES MEMBRES INFÉRIEURS

Conduite diagnostique devant une lomboradiculalgie des membres inférieurs

Commune ou symptomatique ? et si commune, d'origine discale ou arthrosique ?

**GÉRALD RAJZBAUM,
MICHEL SAMSON**
Service de
rhumatologie,
groupe hospitalier
Paris-Saint-Joseph,
Paris, France.
grajzbaum@hpsj.fr

G. Rajzbaum
déclare des
interventions
ponctuelles pour
AbbVie, Amgen,
Ipsen et MSD.

M. Samson déclare
n'avoir aucun
lien d'intérêts.

Les douleurs lomboradiculaires peuvent être en rapport avec des lomboradiculalgies communes ou avec d'autres affections rachidiennes plus rares mais plus inquiétantes telles que les infections, les tumeurs ou parfois les rhumatismes inflammatoires. On parle alors de lomboradiculalgie symptomatique.

La démarche diagnostique doit permettre également de reconnaître une atteinte tronculaire (sciatique ou crurale) ou une origine extrarachidienne à une douleur faussement interprétée comme radiculaire.

Ainsi, la conduite diagnostique doit permettre de répondre à deux questions :

- la douleur correspond-elle à une lomboradiculalgie commune ou symptomatique ?
- en cas de lomboradiculalgie commune, s'agit-il d'une hernie discale ? D'une arthrose ? D'une autre cause ?

Lomboradiculalgie commune : la plus fréquente

La lomboradiculalgie d'origine discale est plus fréquente chez le sujet jeune, entre 30 et 40 ans. Le rapport homme/femme est d'environ 1,5 dans les séries chirurgicales. Il existe de très nombreuses hernies discales non symptomatiques, révélées par les études faites en tomodensitométrie ou en imagerie par résonance magnétique.

Les lombalgies et lomboradiculalgies représentent la première cause d'incapacité au travail et d'invalidité avant 45 ans en France.¹ Face à ce contexte social et économique, deux tableaux de maladies professionnelles du régime général ont été créés en 1999, restreints uniquement aux lomboradiculalgies par hernie discale provoquées par des vibrations transmises au corps entier (tableau n° 97) ou par la manutention manuelle de charges lourdes (tableau n° 98).²

Interrogatoire : les bonnes questions

C'est l'étape clé de la démarche diagnostique. L'interrogatoire doit être rigoureux. Il permet de décrire la

douleur, son trajet et d'orienter le diagnostic. La douleur du membre inférieur prend-elle son origine dans la région lombaire ? Est-elle uni- ou bilatérale ? Quel est son trajet précis (tableau 1) ?

La douleur peut être tronquée, et n'être ressentie que sur une partie du trajet. En cas de trajet imprécis, c'est la douleur la plus distale qui a la meilleure valeur localisatrice. Elle est souvent décrite à type de brûlure, et peut s'accompagner de dysesthésies, de paresthésies, parfois de fourmillements, symptômes importants à rechercher car confirmant le caractère neurologique de la douleur. Elle peut être bi- voire pluriradiculaire.

L'interrogatoire permet de préciser la date et le mode de survenue de la douleur (événement déclenchant, brutal au progressif), son caractère mécanique, son intensité, son retentissement fonctionnel, d'éventuels antécédents de lumbago, de lombalgie chronique ou de lomboradiculalgie. En cas de hernie discale, la douleur est souvent impulsive à la toux ou à la défécation.

Les traumatismes ne sont finalement que rarement en cause dans une radiculalgie aiguë, en dehors des accidents graves de la voie publique.

Examiner et rechercher des signes de gravité

L'examen du rachis recherche un trouble de la statique, une déformation rachidienne, une attitude antalgique (apanage des hernies discales des sujets jeunes) ou une raideur segmentaire lombaire.

La raideur rachidienne lombaire peut être quantifiée par la mesure de la distance doigts-sol et de l'indice de Schöber. La palpation de la région lombaire recherche une contracture des muscles paravertébraux, des zones douloureuses et éventuellement un signe de la sonnette (reproduction de la douleur radiculaire à la pression paravertébrale).

L'étude de la marche permet de préciser le retentissement fonctionnel et de rechercher un déficit moteur, notamment par l'épreuve talon-pointe (pour les douleurs radiculaires L5 ou S1). En cas de radiculalgie L3 ou L4, le déficit moteur peut concerner le psoas (flexion de la

LOMBORADICULALGIE DES MEMBRES INFÉRIEURS

TRAJET DE LA DOULEUR	
Racine atteinte	La douleur part de la région lombo-fessière et irradie vers...
L2	la partie supéro-interne de la cuisse
L3	la face antéro-interne de la cuisse jusqu'au genou
L4	la face antérieure de la cuisse et de la jambe, le tibia
L5	la face externe de la cuisse, de la jambe, la face dorsale du pied vers le gros orteil (en passant en avant de la malléole externe)
S1	la face postérieure de la cuisse et de la jambe, et vers le bord externe du pied jusqu'au cinquième orteil (en passant derrière la malléole externe)

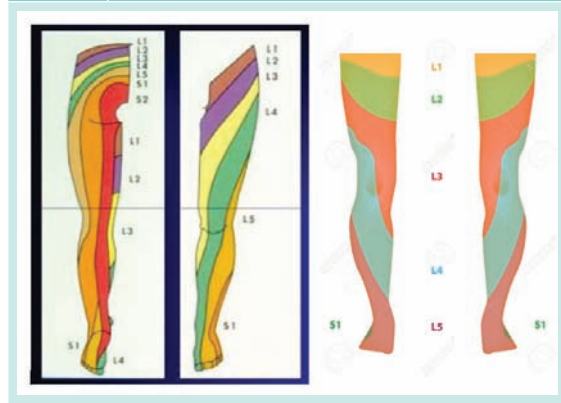


Tableau 1.

cuisse sur le bassin) ou le quadriceps (extension de la jambe et verrouillage du genou). En cas de déficit moteur, il faut alors préciser son importance (tableau 2). Un déficit moteur d'apparition récente et/ou inférieur ou égal à 3 doit faire discuter une solution chirurgicale.

L'examen en décubitus dorsal permet de rechercher un signe de Lasègue (à ne pas confondre avec un raidissement des muscles ischio-jambiers). L'angle pour lequel la douleur radiculaire est reproduite par la manœuvre de Lasègue doit être noté, ce qui permettra de suivre l'évolution sous traitement. Une abolition des réflexes (rotulien pour une atteinte L3 ou L4 et/ou achilléen pour une atteinte S1) doit être recherchée, elle a une bonne valeur localisatrice mais n'est pas un critère de gravité.

L'interrogatoire et l'examen clinique permettent de rechercher les critères de gravité qui peuvent conduire à discuter une solution chirurgicale en urgence :

- lomboradiculalgie hyperalgique définie par une douleur non soulagée par la morphine (ce qui est rare) ;
- lomboradiculalgie paralysante (déficit moteur < 3) ;
- présence d'un syndrome de la queue de cheval défini par une atteinte souvent pluriradiculaire des racines lombaires et sacrées, un déficit moteur associé à des troubles sphinctériens et une anesthésie en selle.

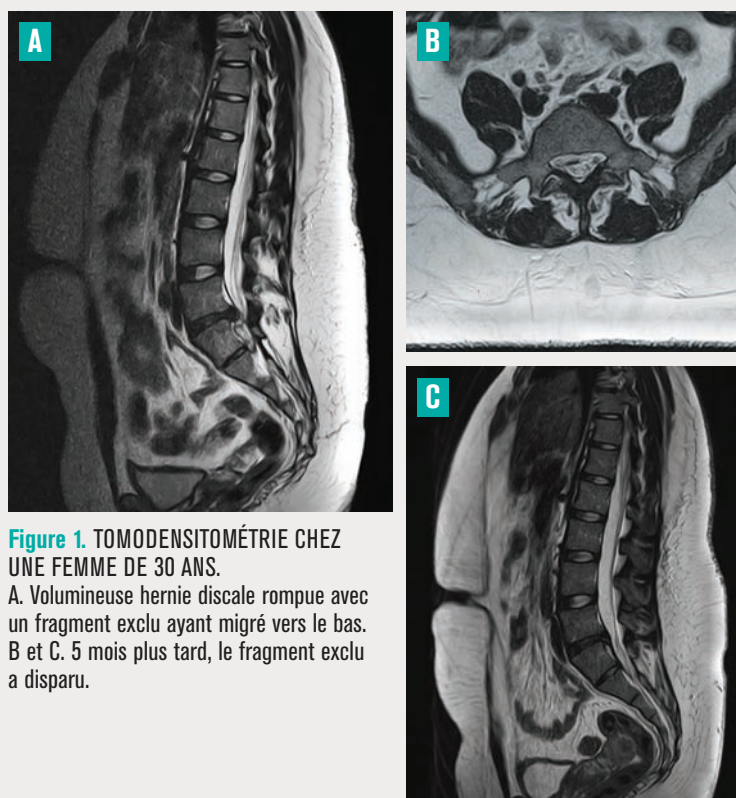


Figure 1. TOMODENSITOMÉTRIE CHEZ UNE FEMME DE 30 ANS.
A. Volumineuse hernie discale rompue avec un fragment exclu ayant migré vers le bas.
B et C. 5 mois plus tard, le fragment exclu a disparu.

COTATION DU DÉFICIT NEUROLOGIQUE	
0	Aucune contraction
1	Contraction faible, insuffisante pour provoquer un déplacement
2	Mouvement possible si l'action de la pesanteur est compensée
3	Mouvement possible contre l'action de la pesanteur
4	Mouvement possible contre résistance
5	Force normale

Tableau 2.

Une fois l'interrogatoire et l'examen clinique réalisés, et avant d'analyser les documents radiologiques, il est souvent possible d'orienter le diagnostic soit vers une lomboradiculalgie discale, soit vers une lomboradiculalgie arthrosique, par canal lombaire rétréci central ou foraminal.

Lomboradiculalgie discale : sujet jeune, début brutal...

Pendant très longtemps, à la suite des travaux de de Sèze, l'origine de la lomboradiculalgie a été rapportée exclusivement à la compression mécanique d'une racine nerveuse par une hernie discale dans le canal >>>

LOMBORADICULALGIE DES MEMBRES INFÉRIEURS

COMPRESSION « MOLLE » ET/OU « DURE »

Il convient d'avoir à l'esprit l'anatomie de la vertèbre et ses rapports avec les disques et les racines (fig. 1).

La radiculalgie commune résulte d'un conflit entre une (ou plusieurs) racine(s) et les différents éléments de son voisinage immédiat : le disque, le massif articulaire postérieur, les ligaments jaunes, la graisse épidurale...

La compression peut être « molle » (hernie discale pure) ou « dure » (ostéophyte ou hypertrophie d'un massif articulaire arthrosique pur). En réalité, ces deux éléments se combinent souvent à des degrés divers.

La racine (fig. 2) sort sous le pédicule de la vertèbre correspondante, à la partie haute du foramen (par exemple, la racine L4 gauche sort sous le pédicule L4 gauche).

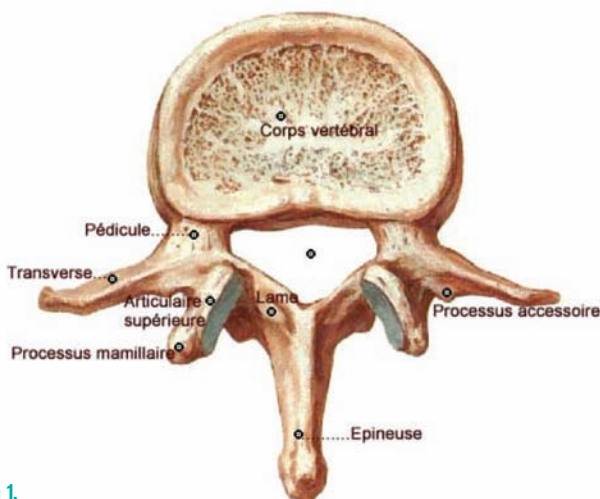


Figure 1.

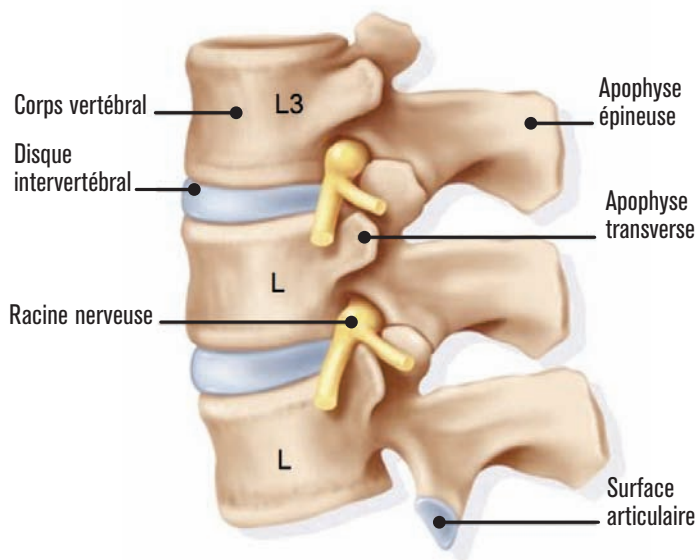


Figure 2.

Vertèbres lombaires

rachidien, dans le foramen (hernie foraminale) ou après sa sortie du foramen (hernie extraforaminale) [fig. 1].

Si ce mécanisme reste souvent en cause, des phénomènes inflammatoires et/ou vasculaires sont évoqués³ pour rendre compte de la diversité des tableaux cliniques, des évolutions et des constatations à l'imagerie, notamment en imagerie par résonance magnétique (IRM).

Ils peuvent ainsi expliquer une aggravation brutale, l'apparition d'un déficit neurologique, ou parfois aussi une guérison clinique apparemment surprenante alors que la compression mécanique semble perdurer sur l'imagerie.

L'origine discale de la douleur peut être évoquée sur les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique :

- antécédent(s) de lumbago ;
- début brutal avec un facteur déclenchant qui peut être un effort de soulèvement ou un simple mouvement de torsion du tronc ;
- caractère souvent monoradiculaire de la douleur ;
- présence d'une attitude antalgique, d'un signe de Lasègue⁴ ou d'un signe de la sonnette (mais aucun de ces signes n'est pathognomonique). Le signe de Lasègue, « star » de l'examen clinique au cours de la sciatique, a une bonne sensibilité mais une mauvaise spécificité. C'est l'inverse pour le signe de Lasègue croisé (manœuvre de Lasègue effectuée du côté opposé à la douleur) qui a une bonne spécificité en faveur de la hernie discale, mais une mauvaise sensibilité⁵ ;
- raideur rachidienne en antéflexion, reproduisant la douleur radiculaire.

Les progrès de l'imagerie permettent actuellement de préciser le type de la hernie :

- médiane (compression souvent bilatérale ou à bascule), postérolatérale, foraminale, extraforaminale migrée vers le haut ou vers le bas ;
- sous-ligamentaire, qui s'accompagne d'un syndrome rachidien très marqué, d'une impulsivité à la toux ;
- rompue, où les signes rachidiens sont plus modérés, le syndrome radiculaire très marqué ;
- exclue, où il n'y a plus de signes rachidiens et dont le pronostic évolutif est souvent plus favorable.⁶

Ces formes anatomiques sont essentielles à connaître. Ainsi, une hernie discale postéro-latérale droite à l'étage L4-L5 comprime la racine L5 droite. En revanche, une hernie foraminale droite de ce même disque L4-L5 comprime la racine L4 droite (fig. 2). De même, une hernie discale ascendante ou descendante peut comprimer la racine sortant à l'étage sus- ou sous-jacent.

Canal lombaire rétréci : sujet plus âgé, douleur d'installation progressive...

Il s'agit là d'une entité ayant une définition à la fois clinique et radiologique (fig. 3).

Le canal lombaire peut être rétréci par plusieurs éléments : une arthrose touchant les massifs articulaires postérieurs, de volumineux ligaments jaunes, ou une protrusion discale ou disco-ostéophytique. Chez les

LOMBORADICULALGIE DES MEMBRES INFÉRIEURS

sujets obèses ou sous corticoïdes, il existe parfois de la graisse épidurale en quantité excessive qui accentue encore le rétrécissement canalaire (lipomatose épidurale). Le rétrécissement canalaire touche souvent plusieurs étages.

Le rétrécissement peut être central, latéral (aspect en trèfle sur les coupes tomодensitométriques ou sur l'IRM), ou encore foraminaire, touchant une ou plusieurs racines.

Il convient aussi de distinguer le canal lombaire rétréci du canal lombaire étroit, constitutionnel, souvent favorisé par des pédicules courts.

Cliniquement, le canal lombaire rétréci se manifeste par une douleur lomboradiculaire « claudicante » : la douleur apparaît au bout d'un certain temps de marche, et peut alors être suffisamment intense pour empêcher le patient de marcher : notion de périmètre de marche, qu'il faut chiffrer (en mètres ou en minutes). Elle disparaît en quelques minutes de position assise ou penchée en avant.

La douleur est le plus souvent bilatérale, pluriradiculaire, mal systématisée. Cette symptomatologie apparaît chez des sujets plus âgés, souvent au-delà de 70 ans. Elle prédomine chez l'homme. La symptomatologie s'installe progressivement, et a tendance à s'aggraver d'année en année, entraînant une diminution progressive du périmètre de marche. La symptomatologie est soulagée par la cyphose lombaire, la démarche légèrement penchée en avant (signe du caddie).

La symptomatologie est parfois très atypique, pouvant se manifester par des signes purement sensitifs, ou une sensation de fatigabilité des membres inférieurs à la marche.

L'examen clinique est pauvre (tableau 3). Au repos, les patients souvent ne se plaignent de rien, et l'examen clinique peut être normal.

Autres causes de lomboradiculalgie commune

En dehors de la hernie discale et du canal lombaire rétréci, il existe parfois une simple arthrose des massifs articulaires postérieurs à l'origine de la douleur lombaire et radiculaire.

La douleur n'a alors pas de caractère claudicant. Il peut être difficile cliniquement de distinguer ce diagnostic de la lomboradiculalgie par hernie discale. Dans le cas d'une arthrose interapophysaire postérieure, la douleur peut être réveillée par l'hyperextension du rachis, parfois combinée à l'inclinaison latérale du côté de la douleur. La symptomatologie est souvent moins brutale que dans la hernie discale, et apparaît chez des sujets plus âgés.

La racine nerveuse peut être comprimée par le massif articulaire arthrosique, ou parfois par un kyste synovial qui se développe à ce niveau (fig. 4).

Un spondylolisthésis, que ce soit par lyse isthmique ou provoqué par l'arthrose interapophysaire postérieure, peut également entraîner une compression radiculaire.

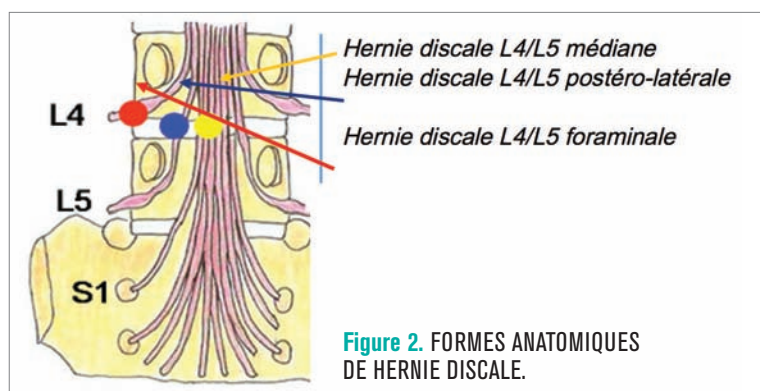


Figure 2. FORMES ANATOMIQUES DE HERNIE DISCALE.

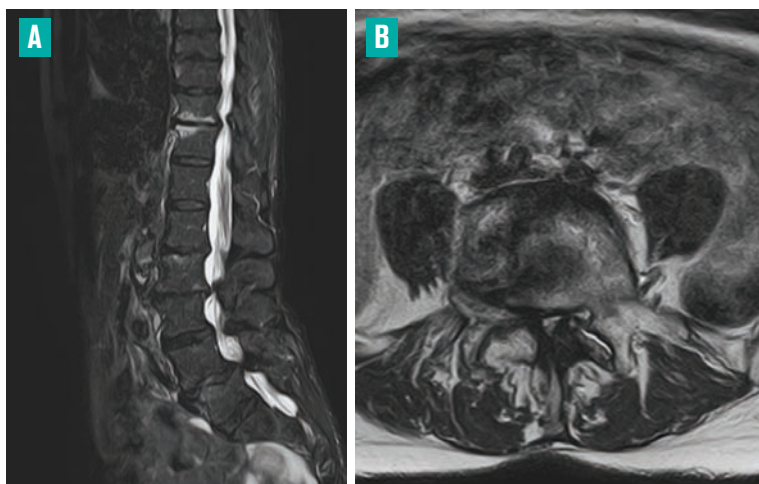


Figure 3. IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE CHEZ UNE FEMME DE 80 ANS AYANT UN CANAL LOMBAIRE RÉTRÉCI EN L4/L5. T2, coupe sagittale (A) et coupe coronale (B).

ORIGINE DE LA DOULEUR LOMBAIRE

La douleur lomboradiculaire est d'origine...

discale (hernie discale)	dégénérative (canal lombaire rétréci)
Sujet jeune Facteur déclenchant, début souvent brutal Douleur dès le début de la marche Syndrome rachidien avec raideur lombaire Douleur souvent monoradiculaire Présence d'un signe de Lasègue, d'un signe de la sonnette (inconstants) Douleur impulsive à la toux ou à la défécation	Sujet plus âgé Installation progressive de la douleur La douleur apparaissant à la marche Rachis lombaire souple Douleur souvent pluriradiculaire Examen clinique pauvre

Tableau 3.

Au terme de l'interrogatoire et de l'examen clinique, il est souvent possible d'avoir une idée du diagnostic lésionnel, confirmée par des examens d'imagerie et notamment l'IRM, qui devient l'examen de référence.

Les examens biologiques sont normaux. Il n'y a pas de syndrome inflammatoire dans la lomboradiculalgie commune.

>>>

LOMBORADICULALGIE DES MEMBRES INFÉRIEURS

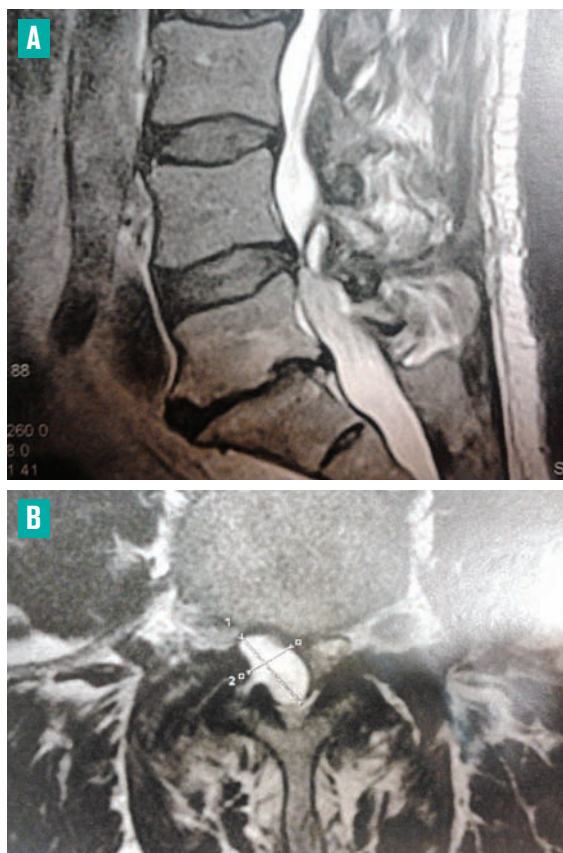


Figure 4. TRÈS GROS KYSTE ARTICULAIRE POSTÉRIEUR RESPONSABLE D'UNE SCIATIQUE L5 DROITE. T2, coupe sagittale (A) et axiale (B).

Quand faire un bilan radiologique et lequel ?

La lombosciatique par hernie discale évolue en règle vers la guérison en 4 à 6 semaines. Dans la lomboradiculalgie non compliquée du sujet jeune, il n'y a donc théoriquement pas lieu de prescrire d'examen radiologique – tomodensitométrie ou IRM – avant d'avoir tenté un traitement médical pendant au moins 4 à 6 semaines.

En pratique, force est de constater que ces recommandations sont de plus en plus difficiles à respecter, tant la demande des patients est grande...

Dans tous les cas, une bonne interprétation des examens radiographiques suppose une analyse rigoureuse des informations fournies par l'interrogatoire et l'examen clinique. Il est essentiel de s'assurer de la bonne concordance radio-clinique.

Les radiographies standard, souvent négligées, sont pourtant utiles pour montrer des discopathies parfois étagées, un bâillement discal postérieur ou latéral, une souffrance des articulaires postérieures, un trouble de la statique rachidienne (scoliose, perte de la lordose lombaire, cyphose thoraco-lombaire...), une instabilité avec anté- ou rétrolisthésis. Les grands clichés de l'en-

semble du rachis et des membres inférieurs en position debout (type EOS) permettent d'apprécier au mieux la statique rachidienne et permettront peut-être à l'avenir de mieux comprendre les mécanismes des discopathies dégénératives sur des études longitudinales.

La tomodensitométrie garde sa place dans l'exploration de la pathologie lomboradiculaire. Elle reste très utile pour l'exploration des canaux lombaires rétrécis, ce d'autant que les IRM sont encore actuellement d'un accès limité, et reste inégalée pour l'appréciation fine de l'os, des articulaires postérieures, des compressions ostéophytiques. La tomodensitométrie explore en coupes fines les trois derniers étages lombaires, parfois plus selon les données cliniques. Elle est réalisée le plus souvent sans injection, la graisse épidurale faisant office de contraste. L'injection de produit de contraste peut avoir un intérêt chez les patients déjà opérés du rachis, permettant ainsi de distinguer une récurrence de hernie discale d'un tissu cicatriciel.

L'IRM prend peu à peu le pas sur la tomodensitométrie. Elle permet une analyse plus fine des structures tissulaires, de l'œdème osseux, du sac dural et des racines. Les coupes sagittales remontant à la charnière thoraco-lombaire offrent une vision plus systématique de l'ensemble de la colonne thoraco-lombaire, lombaire et sacrée. Là aussi, l'injection de produit de contraste (gadolinium) est très utile – mais non systématique – pour analyser certaines structures tissulaires (distinction d'une hernie discale d'un tissu cicatriciel postopératoire, d'un neurinome...).

Que ce soit une tomodensitométrie ou une IRM, ces deux examens peuvent mettre en évidence :

- une hernie discale dont on s'efforcera de préciser le type anatomique (médiane, postéro-latérale, foraminale, ascendante, descendante et/ou exclue...);
- une arthrose interapophysaire postérieure, avec ou sans kyste synovial ;
- un rétrécissement canalaire favorisée par une protrusion discale ou disco-ostéophytique, une arthrose postérieure proéminente, de volumineux ligaments jaunes et parfois une lipomatose épidurale ;
- un canal étroit constitutionnel.

Ces examens sont parfois inutiles, en cas de lomboradiculalgie typique et dont l'évolution est rapidement favorable sous traitement symptomatique. Ils deviennent cependant indispensables lorsque la douleur persiste après 3 à 4 semaines d'évolution, et que se discutent alors les traitements plus invasifs comme les infiltrations.

La lomboradiculalgie n'est pas commune : les pièges diagnostiques

Lomboradiculalgies symptomatiques : le contexte général prime

Le contexte général oriente rapidement le diagnostic :
– fièvre, frissons, hyperleucocytose et élévation de la

LOMBORADICULALGIE DES MEMBRES INFÉRIEURS

protéine C-réactive sont autant d'éléments qui doivent faire rechercher une spondylodiscite, un abcès ;

- une douleur à composante nocturne prédominante, avec sur les radiographies un élargissement d'un trou de conjugaison, doit faire évoquer un neurinome ;
- au moindre doute, après avoir éliminé une spondylodiscite ou un abcès épidual, une ponction lombaire permet de faire le diagnostic de méningoradiculite (maladie de Lyme, zona, herpès...) ;
- des antécédents de cancer orientent vers des métastases ;
- un pic à l'électrophorèse des protides fait craindre un myélome.

L'IRM permet dans la quasi-totalité des cas de préciser le diagnostic lésionnel. Elle est plus performante que la tomodensitométrie pour analyser les lésions tissulaires comme les neurinomes, les abcès ou hématomes, les spondylodiscites parfois plurifocales, les tumeurs bénignes ou malignes, ou encore la trame osseuse en cas d'hémapathie.

Atteinte tronculaire des nerfs sciatique ou crural : pas de syndrome rachidien

Ces atteintes doivent être évoquées en présence d'une douleur qui suit le trajet du nerf, en l'absence de syndrome rachidien.

Une atteinte du nerf crural doit faire rechercher une lésion rétropéritonéale : abcès ou hématome du posas le plus souvent ou masse tumorale rétropéritonéale (digestive, gynécologique, rénale ou ganglionnaire), voire un anévrisme de l'aorte.

Une atteinte tronculaire du nerf sciatique impose de rechercher une lésion du bassin, tumorale le plus souvent, et parfois même une lésion de la cuisse.

Douleurs pseudoradiculaires extrarachidiennes

Une douleur de la face antérieure de la cuisse doit faire rechercher une atteinte coxofémorale ou des branches pubiennes. Elle peut révéler également une mononévrite diabétique.

Une douleur de face externe de la cuisse peut correspondre à une tendinopathie du moyen fessier.

Une douleur de face postérieure de la cuisse impose un examen soigneux des articulations sacro-iliaques (douleurs pseudoradiculaires à bascule des sujets atteints de spondylarthrite avec sacro-iliite).

ÊTRE ATTENTIF À LA MOINDRE DISCORDANCE

Le diagnostic d'une radiculalgie d'un membre inférieur est le plus souvent simple pour peu que sa recherche soit menée avec méthode et rigueur.

Deux grands tableaux anatomo-cliniques dominent : la hernie discale et le rétrécissement canalaire ou foraminaux dégénératif.

Une sciatique discale cliniquement franche chez un sujet jeune n'impose pas dans les 3 ou 4 premières

semaines la prescription d'un examen d'imagerie.

Il faut exiger une bonne concordance entre la clinique et les examens complémentaires d'imagerie.

La moindre discordance et/ou une durée d'évolution prolongée malgré un traitement médical bien conduit doivent amener à se poser des questions sur la nature de la pathologie, et à pousser plus loin les examens complémentaires. L'IRM devient de plus en plus l'examen de référence. 

RÉSUMÉ CONDUITE DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE LOMBORADICULALGIE DES MEMBRES INFÉRIEURS

Les lomboradiculalgies des membres inférieurs sont fréquentes. Dans la grande majorité des cas, la cause est d'origine discale (hernie discale) et/ou arthrosique. L'interrogatoire et l'examen clinique sont les étapes clés du diagnostic, permettant également de rechercher des signes de gravité et d'écarter les diagnostics différentiels. Les progrès de l'imagerie, et notamment de l'imagerie par résonance magnétique, ont considérablement simplifié la démarche diagnostique, sous réserve de confronter avec une objectivité rigoureuse les images aux données cliniques. Ainsi, la conduite diagnostique doit permettre de répondre à deux questions : la douleur correspond-elle à une lomboradiculalgie commune (discale et/ou arthrosique) ou est-elle symptomatique d'une autre cause (tumorale par exemple) ? En cas de lomboradiculalgie commune, s'agit-il d'une hernie discale, d'une arthrose, d'un canal lombaire rétréci ?

SUMMARY DIAGNOSTIC BROUGHT IN LOMBORADICULAR PAIN IN THE LOWER LIMBS

Lower limbs radicular pain are frequent. Most of them are caused by lumbar disc herniation or osteoarthritis spinal stenosis. Interrogation and clinical examination are the key stages of the diagnosis, allowing to detect signs of gravity and to rule out the differential diagnosis. The progress of radiological techniques, in particular the MRI, considerably simplified the diagnostic approach, but require confronting, with a rigorous objectivity, imaging with the clinical data.

The diagnostic approach has to answer two questions: does the symptoms correspond to a common lomboradicular pain or to an other explanation, tumoral for example? In case of common lomboradicular pain, is it a disc herniation, osteoarthritis, or lumbar spinal stenosis?

RÉFÉRENCES

- | | | |
|---|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Inserm. Expertise collective. Lombalgies en milieu professionnel. Quels facteurs de risque et quelle prévention ? Paris: Inserm, 2000.2. Institut national de recherche et de sécurité. Les maladies professionnelles. Guide INRS, 2012. www.inrs.fr ou http://bit.ly/2366WLx3. Rannou F, Revel M. Composante | <p>inflammatoire de la sciatique commune. In Actualités rhumatologiques 2005. M.F. Kahn, T. Bardin, O. Meyer, P. Orcel, F. Lioté (dir.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier, 2005:217-28.</p> <ol style="list-style-type: none">4. Maigne JY, Marty M. Faut-il examiner cliniquement les patients atteints de sciatique commune ? Rev Rhum 2004;71:72-6. | <ol style="list-style-type: none">5. van der Windt DA, Simons E, Riphagen II, et al. Physical examination for lumbar radiculopathy due to disc herniation in patients with low-back pain. Cochrane Database Syst Rev 2010 Feb 17;2:CD007431.6. Fleury G, Genevay S. La sciatique discale : histoire naturelle et traitement. Rev Rhum Monographies 2013;80:222-7. |
|---|--|--|